

PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS *

PAULO LUIS VIANNA GUEDES **

Sob o título acima agrupa a classificação brasileira as demências senis e arterioescleróticas, as perturbações mentais devidas a traumatismos cranianos, as sobrevividas no curso de tumores intracranianos, além das chamadas "outras formas" (Pick, Alzheimer, coreia de Huntington, etc.). Nossa revisão abarcou grande número de autores, psiquiatras de várias escolas e tendências. Aqui serão expostos apenas aqueles pontos — estritamente psiquiátricos — que constituem aspectos novos, novas aquisições no domínio do conhecimento deste grupo.

Inicialmente uma nota sobre a nomenclatura: poderia ela dar a entender que somente neste grupo aceita a Psiquiatria a participação de fatores cerebrais na etiologia das doenças mentais, o que não corresponde à realidade. Sob tal título engloba ela as alterações psiquiátricas que ocorrem em pessoas que apresentam evidentes e grosseiras alterações lesionais encefálicas sem com isto prejudicar que, em outros grupos, não haja participação de causalidade orgânica cerebral. Por outro lado, admitir psicoses por lesões cerebrais não implica, mesmo entre os autores mais organicistas, em aceitar que a expressão psiquiátrica seja decorrência direta da lesão e que o conhecimento desta esgote totalmente a compreensão da expressão sintomatológica. Neste sentido há, de um modo geral, harmonia entre os autores e, assim, Ajuriaguerra e Hécaen (1) afirmam taxativamente: "No quadro clínico determinado por uma lesão destrutiva misturam-se sempre, ao lado da sin-

tomatologia propriamente orgânica, um certo número de elementos cuja natureza dinâmica e funcional é indiscutível".

Minkowsky (cit. 1) mostrou que o quadro clínico mais orgânico está sempre sob a dependência de fatores somáticos gerais e de fatores psíquicos. É do jogo destes fatores organo-funcionais, psico-funcionais, orgânicos, e de sua variação no tempo que será feito o quadro clínico de uma afecção lesional. Para Ey (cit. 19) a maior parte dos sintomas psiquiátricos são indiretos, derivados por liberação, diaschisis, influência sobre regiões sãs, por reativação de complexos mentais que resultam da história individual ou da constituição. Goldstein (19) divide claramente a sintomatologia dos lesionados cerebrais em sintomas que decorrem diretamente da lesão e aqueles que expressam a reação individual ao defeito. Brossin (8) faz importante revisão da contribuição psicanalítica das psicoses por lesões cerebrais. Pelas referidas citações — e poderíamos multiplicá-las (31, 9, 30, 18, 10) — vê-se que a Psiquiatria não despreza a participação do fator lesional. Apenas diz que a compreensão da realidade clínica não se esgota no estudo de dita lesão. Sabe que esta tem importância mas que, além disto, tem também enorme importância a pessoa cujo órgão apresenta a lesão e, assim, além do estudo desta e de suas possíveis decorrências diretas, preocupa-se a Psiquiatria atual com a "vivência" despertada por esta lesão. Não se esgota psiquiátricamente, repetimos, o estudo das "Psicoses por lesões cerebrais" no conhecimento das características lesionais

* Trabalho apresentado ao "Simposium sobre psicoses por lesões cerebrais" realizado em 1960 pela "Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Neuro-Cirurgia do Rio Grande do Sul". Ao autor e seus colaboradores — Ellis Busnello, Fernando Guedes, Moisés Roltman, Paulo Machado e Romualdo Romanowsky, membros do "Centro de Estudos Luis Guedes" da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — coube a revisão dos aspectos estritamente psiquiátricos do problema. Esta a razão porque tópicos de caráter neurológico, anátomopatológico, psicanalítico, terapêutico neuro-cirúrgico ou medicamentoso etc., não constam no presente estudo.

** Livre docente em exercício na Cátedra de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, da Universidade do Rio Grande do Sul.

mas se estende ao fato de tal lesão incidir sobre uma pessoa determinada, em momento determinado, assumindo tal ou qual "sentido" particular. Face a esta lesão e face a este "sentido" particular reage a pessoa humana de acôrdo com suas possibilidades, possibilidades que decorrem de uma longa série esquematizada por Freud (16) na seguinte fórmula:

hereditariedade + condições maternas de gestação + vivências infantis + conflito atual.

Nesta série a lesão — além de seu valor em si — agiria como "conflito atual" frente ao qual reagiria a personalidade e nesta reação funcionariam, em série complementar, todos os outros dados da equação.

Nesta concepção da lesão e de suas consequências psicossomáticas como "conflito atual", não é necessário que o paciente "saiba" ser portador de tal ou qual lesão para que esta se constitua em "conflito". Há razões suficientes para provar que, mesmo quando o indivíduo não sabe conscientemente da existência lesional, a simples presença desta alteração somática é experimentada internamente pelo paciente. A lesão pode não ser "sabida" mas é "vivenciada" por seu portador. Tal experiência constitui no plano psicológico o "conflito atual" frente ao qual reagirá a personalidade regredindo, mais ou menos intensamente, a etapas anteriores do desenvolvimento. Quanto ao mecanismo íntimo de tal regressão e de suas consequências no quadro clínico é matéria que escapa ao âmbito desta exposição.

Consequência direta dêste enfoque do paciente de psicose por lesão cerebral, é a atitude terapêutica preconizada por todos os tratados de Psiquiatria atuais. Consiste ela em, além da indicação dos cuidados somáticos que o caso requer, prestar sempre ao paciente ampla e permanente assistência psicoterápica, recaindo o acento tônico nesta ou naquela prática de acôrdo com as características individuais da situação clínica (23, 25, 13, 14, 15, 18, 7, 28, 12, 4, 32).

Feitas tais considerações preliminares, vejamos alguns aspectos particulares dos principais grupos das chamadas "Psicoses por lesões cerebrais".

Demências senis e arterioescleróticas

Havendo aumentado consideravelmente, nos últimos anos, a relação percentual do número de velhos, aumentaram, é óbvio, os problemas médicos referentes a esta etapa da vida. Assim, acusam os autores que, se há um século a média vital era calculada em menos de quarenta anos, atualmente, graças a melhoria dos padrões sociais, progressos da ciência e consequente aprimoramento dos serviços de saúde pública etc., subiu tal cifra para mais de sessenta, havendo mesmo países, como por exemplo os Estados Unidos, em que esta se aproxima dos setenta (5). Com isto, é claro, recebeu o estudo psiquiátrico dos problemas da velhice nova ênfase. Entre êstes merecem lugar de destaque as demências senil e arterioesclerótica.

Conceituada a senilidade como estado patológico de enfraquecimento que se observa ao curso da velhice (2), nota-se na Psiquiatria atual, no estudo de sua etiologia, um desvio do acento tônico — até então incidindo exclusivamente no conhecimento da lesão cerebral — para outros aspectos da condição do velho. O fato de não se haver encontrado cérebro não lesionado em pacientes que, em vida, apresentavam sintomas senis demenciais (13) é responsável pela conceituação da lesão anátomopatológica como fator indispensável para a existência do síndrome. Por outro lado, a descoberta de cérebros tipicamente senis em cadáveres de indivíduos que, em vida, não apresentavam quaisquer sintomas demenciais (27) pôs em dúvida a relação classicamente estabelecida entre a intensidade do quadro clínico e o grau da lesão cerebral. Face ao exposto, é pensamento generalizado ser a lesão fator etiológico indispensável mas não sempre suficiente para a eclosão da demência senil. A injúria aos tecidos — diz Ferraro (13) — por si só não produz o quadro mental. Para tanto é necessário que à senescência somem-se fatores precipitantes. Por isto, aos estudos anátomopatológicos ajuntam-se pesquisas de ordem genética, investigações feitas no plano somático geral e as que procuram na esfera psicológica e psico-social os fatores capazes de desempenhar papel de valor na causalidade do quadro que nos ocu-

pa. Entre os últimos, valoriza-se moderadamente o problema da "adaptação" à velhice e fala-se em "bem e mal envelhecer" (2), características que dependeriam, além de certa predisposição hereditária, da personalidade anterior. Também valorizam modernos estudos as condições externas da vida do velho (término da atividade profissional, perda da autoridade, abandono por parte dos filhos, modificações dos padrões culturais e éticos, perda do "seu" mundo, etc.) e internas (climatério, desgaste fisiológico e psicológico, etc.). A esta série de novos problemas deve fazer frente o "ego" que, por outro lado, apresenta-se debilitado, entre numerosos outros motivos, pela perda de substância cerebral oriunda da lesão.

Esta maneira integral de focar o problema, acarretou atitude terapêutica que visa atender a pessoa do velho em seus múltiplos aspectos bio-psico-sociais (2, 13, 18, 23, 24). Atende tal atitude aos problemas profilático e terapêutico propriamente dito. Quanto ao primeiro, põem os autores a nota tônica, ao lado das medidas higiênico-dietéticas, nas normas de vida do velho, proibindo, por um lado, trabalhos que exijam esforços mental e físico exaustivo mas estimulando, por outro, o paciente a não abandonar, dentro do possível, antigas fórmulas de vida já que o ancião tem sempre dificuldade no estabelecimento de novas adaptações. Insiste-se também na educação do adulto para a velhice, dirigindo suas possibilidades físicas e mentais em novas direções, afim de que se torne possível o abandono de velhas ambições e sua substituição por outras mais adaptadas à realidade atual. Quanto à terapêutica — uma vez instalada a doença — são unânimes as opiniões em que deva, na medida do possível, ser instituída fora de hospital (27). Entre os meios medicamentosos propriamente psiquiátricos estão em primeiro plano — com finalidade sintomática — os "tranquilizadores" e, nas depressões, os estimulantes ou o eletrochoque sob curare (4). A tentativa de correção de toda e qualquer alteração somática é sempre indicada. A insulino-terapia, diz-se, deve ser evitada por perigosa e pouco útil. Acompanhando medicamentos ou isoladamente se fôr o caso deve ser sempre instituído aten-

dimento psicoterápico quer sob a forma de psicoterapia individual de apoio ou de grupo, modificatória do ambiente e praxiterapia.

Mais freqüentes que as senis, as alterações arterioescleróticas são responsáveis nas estatísticas por 22% das primeiras admissões em hospitais psiquiátricos de N. York (27). Tratam-se de situações demenciais e psicóticas que assentam em lesões arterioescleróticas encefálicas (ateroesclerose, arterioesclerose, fibrose arteriocapilar, calcificação da túnica arterial média, lesões encefálicas próprias do tecido nervoso tais como atrofia cerebral granular cortical, estado criboso e lacunar, focos de amolecimento e apoplexias hemorrágicas) (28). Como na demência senil, ressaltam os autores a ausência de relações entre o grau lesional e a severidade do quadro mental (26), havendo mesmo arterioescleróticos cerebrais que não apresentam sintomatologia psiquiátrica. Por isto, ao lado do estudo dos fatores somáticos, ressaltam os autores o valor dos aspectos psicológicos, aspectos estes — segundo muitos — capazes já de agir provocando hipertensão arterial persistente que, por sua vez, estaria também implicada na gênese das alterações vasculares. Além disto, fatores genéticos, personalidade pré-mórbida, condições internas e externas do paciente às quais dever-se-á adaptar, com maior ou menor dificuldade, o "ego", são muito valorizadas (3, 14). A consequência transparece nítida na atitude terapêutica cuja ênfase psiquiátrica recai na assistência psicoterápica que não difere da aludida em relação à demência senil (14, 27, 18). Eletrochoque e "tranquilizadores" são também indicados como sintomáticos (22, 4, 11, 24).

Psicoses no curso de tumores intracranianos

Descritas, em 1902, por Schuster, ocorrem tais manifestações em mais ou menos 50% dos portadores de lesão tumoral (20). Variam as cifras percentuais no que se refere à freqüência com que ocorrem estes casos em relação ao número total de pacientes psicóticos internados em estabelecimentos psiquiátricos e, assim, Crumpecker e Riese (20), em 1944, apontam, em 120 necrópsias, 6,1%

de casos de tumor dos quais um terço havia sido errôneamente diagnosticado, Braetelin e Galavain (20), em 1168 necrópsias, acusam 4,6% (50% mal diagnosticados), Raskin (20) em estudo feito em 1950, sobre 2430 necrópsias, observou 3,54% de casos de tumor. Nos hospitais psiquiátricos as necrópsias dão duas vezes mais resultados positivos do que nos hospitais gerais (27).

A hipertensão endocraniana é a grande responsável pela sintomatologia. Tal sintomatologia, comum a todos os casos, é, via de regra, de ordem neurológica. Quanto aos sintomas psiquiátricos, admitem os autores certa relação entre a sintomatologia e a sede da massa expansiva, ao mesmo tempo que ressaltam o papel desempenhado pela personalidade pré-mórbida, salientando serem comumente os sintomas o exágere dos traços caracteriológicos anteriores ou exteriorização de tendência reprimidas (20). "As reações psicógenas — sintetiza Noyes — são mais determinadas pela organização da personalidade e pelas tendências individuais do que pela localização do tumor". No que se refere à hereditariedade, observou Wanner (20) ser tão comum a existência de doença mental nas famílias dos tumorais quanto nas populações gerais. Quanto à espécie, mais do que o tipo histológico influiria a rapidez evolutiva do processo. Assim, acredita-se não permitirem, via de regra, fazer-se somente pelas manifestações mentais o diagnóstico e, menos ainda, localizar a massa expansiva.

Por apresentarem os sintomas psiquiátricos certos matizes, segundo a sede da lesão, costuma-se descrever a sintomatologia de acordo com as diferentes localizações. Assim, consideram-se:

Tumores frontais — Boudouresques e Bonnal (6) citam em primeiro lugar, entre os sintomas maiores, as perturbações psiquiátricas. Com Baruk concorda a maioria dos autores insistindo em que a distinção entre manifestações psíquicas próprias dos tumores frontais e de outras localizações repousa mais na precocidade de seu aparecimento e na sua intensidade do que em outras características clínicas.

Tumores temporais — Alucinações gustativas, olfativas e visuais (de forma e não de côr), seguidas ou não por crises convulsivas, constituem, junto com os acessos de sonho, as manifestações mais comuns. Entre as manifestações permanentes — mais frequentes que as anteriores — citam-se a labilidade emocional, sintomas de aparência neurótica, estados confusionais inespecíficos e, em cifra percentual importante, quadros depressivos (20).

Tumores parietais — São pobres em expressão psiquiátrica. Descrevem-se modificações não específicas da personalidade e, como sintoma paraxístico, ilusões somatognosicas (ausência de uma parte do corpo, transformação ou deslocamento temporal, etc.).

Tumores occipitais — São características as crises precedidas por auras visuais (de côr e não de forma). A tríade sintomática mais expressiva é constituída por amnésia de fixação, indiferença e euforia. Alucinações visuais elementares constituem sintomas de relêvo.

Tumores mesodiencefálicos — (hipotálamo, camas ópticas, região mesencefálica e formações vizinhas: quiasma, epífise, etc.) — É descrito um síndrome semelhante ao Korsakoff e, de modo particular nos tumores do terceiro ventrículo, estado acinético, estado alucinatório onírico e exaltação psíquica.

Tumores subtentoriais — Confundem-se com os occipitais e temporais.

Quanto ao diagnóstico — firmado sempre em base do exame neurológico completo — poder-se-ia levar em conta, nos tumores frontais apenas dois aspectos: excitação subconfusional com expansividade e irritabilidade; estado acinético. Na localização mesodiencefálica ressaltaria um síndrome korsakovóide, enquanto que as alucinações seriam mais próprias dos tumores parietal, occipital e temporal. "Pensamento forçado", alucinações, ilusões e automatismos são descritos como decorrência de descargas de focos cerebrais. Apresentam-se com caráter paroxístico e são, algumas vezes, associados a fenômenos motores sendo, por vezes, seguidos por crises. Da mesma

forma, episódios estereotipados, paroxísticos, breves e associados com perturbações da consciência são significativos (sobretudo se se iniciam depois dos trinta anos).

Curso e prognóstico dependem das possibilidades neuro-cirúrgicas. E' de se salientar que, mesmo após intervenções exitosas, nem sempre há diminuição da sintomatologia psíquica. Ao contrário, foram descritos casos em que aquelas desencadearam quadros psiquiátricos inexistentes antes ou, apenas, modificaram sua qualidade (mudança de euforia em depressão e vice-versa).

Recomendam os autores, após o tratamento neuro-cirúrgico, se fôr o caso, a instituição de atendimento psicoterápico enquanto que outros o indicam sistematicamente já antes das intervenções o que, evidentemente, é mais lógico.

Tramatismos cranianos

O sintoma psiquiátrico mais evidente é a perturbação da consciência, desde

a obnubilação até a perda completa. Tal perda é tida como expressiva de alterações do hipotálamo posterior e da parte superior do cérebro médio (18) uma vez que lesões grosseiras das outras porções do cérebro não são capazes, via de regra, de determiná-las. Clinicamente consideram-se as fases aguda, de convalescença e crônica.

Na fase aguda o quadro pode ser leve, moderado ou grave, o que se mede pela intensidade e duração da perda da consciência. Nos casos médios podem aparecer sintomas produtivos (delírios alucinatórios terríficos). Na fase de convalescença é de interesse, além das perturbações post-traumáticas da memória, a presença mais ou menos acentuada de sintomas do tipo dos da neurose traumática, o que dependeria da personalidade pré-mórbida. Conforme os estudos estatísticos de Cairn (cit. 18) haveria nítida relação entre a duração da amnésia post-traumática e o tempo necessário para que o paciente possa retornar à atividade profissional. Assim:

Amnésia post-traumática	Ausência do trabalho
5 min — 1 hora	4 — 6 semanas
1 h — 24 h	6 — 8 semanas
1 dia — 7 dias	8 — 16 semanas
Mais de 7 dias	16 — 32 semanas

Na fase crônica, entre outros quadros, são citadas as discutidas demências post-traumáticas. Descritas em 1899 por Dubuisson e Kopper, seriam raras, segundo Mayer Gross (18). Na estatística de Cedemark (cit. 18) comparece quatro vezes, em estudo feito sobre 1700 casos. Admitem autores (Symonds, Pfeiffer, Poppelreuter, cit. 21) ser ela secundária a traumatismos incidindo em cérebros que apresentam processos demenciais prévios. Para Mayer Gross (18) seria mais comum quando o traumatismo incide em cérebro senil ou arterioesclerótico. Hécaen, Ajuariaguerra e Angelergues (21) inclinam-se pela relação entre a violência do traumatismo e a intensidade do aspecto demencial apresentado. Duas formas clínicas são descritas: a dos jovens e a dos indivíduos idosos. Na primeira nunca haveria déficit carregado das funções intelectuais enquanto que, na segunda, de evolução mais rápida, o quadro demencial seria mais glo-

bal. Além dos quadros demenciais aludidos, são próprios da fase crônica a epilepsia post-traumática (na qual os estudos psiquiátricos ressaltam a importância da predisposição anterior à epilepsia), o hematoma subdural crônico e os síndromes neurológicos focais. Nestes citam-se perturbações psíquicas próprias do lobo frontal, quadros alucinatórios e equivalentes epilépticos, no comprometimento dos lobos posteriores, alucinações visuais elementares, nas lesões occipitais, e gustativas, nas parietais, além de modificações cíclicas do humor e da consciência, nas lesões do terceiro ventrículo.

Complicação frequente (55% dos casos dos quais mais ou menos de 20 a 30% — segundo Guttman, cit. 18 — tornam-se crônicos) é o síndrome post-comocional. Surge durante o período de convalescença e ao quadro não é estranho o fator indenização, fator que, segundo alguns (21)

seria a condição "sine qua non" para sua eclosão.

Ao lado daquêles que procuram na lesão a causa da sintomatologia apresentada, multiplicam-se os estudos sôbre fatores psicológicos e prévia predisposição neurótica (Brown, Symonds, Russel, Lewis, Glover, cit. 21) e os que vêm na simultaneidade de fatores o responsável pelo quadro em estudo (Minkowsky, Hécaen, Ajuriaguerra, Angelergues, 21). No mesmo sentido fala Mayer Gross (18) quando a sutis modificações da estrutura cerebral responsabiliza pelos sintomas básicos do quadro, descrevendo a duração, gravidade e incapacidade resultantes como conseqüências da predisposição individual à neurose e a influências psicológicas internas e externas. Pelo exposto, vê-se, talvez realize o quadro a mais completa demonstração da "equação etiológica" freudeana, equação constituída pela interação, em série complementar, de fatores neurológicos e psicológicos.

Quanto aos aspectos terapêuticos, além das indicações cirúrgicas e medicamentosas próprias do período agudo, insistem os autores nas medidas médico-sociais gerais para readaptação do traumatizado e, eventualmente, em técnicas especiais de reeducação. A terapêutica de choque (insulinoterapia e eletrochoque) seria usada com muita prudência nos raros casos de psicoses post-traumáticas. A medicação sedativa é classicamente preconizada. A cura de sono — segundo Hécaen, Ajuriaguerra e Angelergues (21) — seria indicada quer sob a forma de curas longas e únicas (tratamento de um mês) ou — o que tem a preferência dos autores — sob a forma de curas breves e repetidas. Uma vez que todo e qualquer traumatismo é vivido em termos de totalidade psicossomática é óbvio que a assistência psicoterápica será necessária e imprescindível em todo e qualquer caso, dependendo a técnica a ser utilizada das características individuais.

SUMMARY

The article in question is part of a series of works presented to the "Symposium about Psychosis by cerebral lesions", organized by the "Neurology, Psychiatry and Neurosurgery Society of Rio

Grande do Sul" (Brazil). In it are revised the aspects strictly psychiatric of the problem, once the other facets were mentioned by other relators. The work begins with the delimitation of the concept, by saying that the group is not the only in which the present Psychiatry accepts the participation of cerebral factors. Otherwise, it emphasizes that the acceptance of such factors does not imply that the psychiatric disorders proper to the group in study be considered as a direct result from the lesions. After making reference to many authors it concludes: Psychiatry does not disregard in the group, the participation of the lesional factor, but it says that the comprehension of the clinical reality does not come to an end the study of the mentioned lesion. The psychiatric science gives prominence to the value of such lesion and, at the same time, it points out the importance of the personality upon whom it falls. Besides studying the lesion and the person whom it falls upon, it is the psychiatrist's interest the study of the "life (experience)" stimulated by the lesional factor. The latter, besides its value in itself, would act as "actual conflict" integrant of the etiological equation of Freud.

Besides the conceptuations of the problem, the author points out, — as an important contribution of Psychiatry — the therapeutic attitude originated from there. Consequently, in addition to the various symptomatic measures (physical, chemical and biological) is emphasized the value of the psychotherapeutic assistance which must be instituted in all the cases, in order to afford the patient an integral assistance, this one being a derivation from the integral, psychosomatic focalization of the ones called "Psychosis by cerebral lesions".

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Ajuriaguerra, J., Hécaen, H. — "Les troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales" — Enciclopédie Médico — Chirurgicale, Paris, 1957, 7500 A 10.
- 2 — Ajuriaguerra, J., Hécaen, H., Guigen, Y. — "Troubles mentaux de la senilité" — Enciclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 1957, 37530 A 10.

- 3 — **Ajuriaguerra, J., Hécaen, H.** — "Troubles mentaux au cours des affections vasculaires cérébrales" — *Enciclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, 1957, 7540 A 10.
- 4 — **Alexander, L.** — "Tratamiento de las enfermedades mentales" — trad. Antonio J. Milano, Edit. Médico-Quirúrgica, Buenos Ayres, 1956.
- 5 — **Blaya, M.** — "Problemas psiquiátricos em Geriatria" — *Separata dos Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, vol. 18, n.º 2, 1960.
- 6 — **Boudoresques, J., Bonnal, J.** — "Les tumeurs frontales" — *Congrès des Médecins Aliénistes de France et des Pays de Langue Française*, Bordeaux, 1956. Masson & Cie., Paris, 1956.
- 7 — **Brill, H.** — "Posencephalitic Psychiatric Conditions" — *American Handbook of Psychiatry-Basic Books*, Inc Publishers, N. York, 1959, vol. II.
- 8 — **Brossin, H.** — "Contribución del Psicoanálisis al estudio de las perturbaciones orgánicas del cerebro" — *Psiquiatria Dinâmica*, Franz Alexander, trad. Blas A. Sosa y Luis Fabricant — Edit. Paidós, Buenos Ayres, 1958.
- 9 — **Campos, M.** — "Introdução à Psiquiatria Objetiva" — *Irmãos Pongetti Editores*, Rio de Janeiro, 1960.
- 10 — **Darder, V.** — "Nuevas consideraciones sobre los síndromes psiquiátricos post-traumáticos" — *Anales de la Clínica Psiquiátrica da Fac. de Med. de Montevideo* — Edit. Ramirez, F., Montevideo, 1958, tomo I.
- 11 — **Delay, J.** — "Methodes Biologiques en Clinique Psychiatrique" — *Masson Edit.* Paris, 1952.
- 12 — **Diethelm, O.** — "Treatment in Psychiatry" — *Thomas, C., Charles Publishers*, U.S.A., 1955.
- 13 — **Ferraro, A.** — "Senile Psychoses" — *American Handbook of Psychiatry-Basic Books*, Inc Publishers, N. York, 1959, vol. II.
- 14 — **Ferraro, A.** — "Psychoses with Cerebral Arterioesclerosis" — *American Handbook of Psychiatry-Basic Books*, Inc Publishers, N. York, 1959, vol. II.
- 15 — **Ferraro, A.** — "Presenile Psychoses" — *American Handbook of Psychiatry-Basic Books Inc Publishers*, N. York, 1959, vol. II.
- 16 — **Freud, S.** — "Teoria general de las neurosis" — *Introducción a la Psicoanálisis* — *Editorial Americana*, Buenos Ayres, 1943, vol. V.
- 17 — **Goldstein, K.** — "Functional Disturbances in Brain Damage" — *American Handbook of Psychiatry-Basic Books*, Inc Publishers, N. York, 1959, vol. I.
- 18 — **Gross, M., Slater, E., Roth, M.** — "Psiquiatria Clínica" — trad. Cortada, J. — Edit. Paidós, Buenos Ayres, 1958.
- 19 — **Guiraud, P.** — "Anatomie pathologique des psychoses" — *Enciclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, 1957, 37050.
- 20 — **Hécaen, H., Ajuriaguerra, J.** — "Troubles mentaux au cours des tumeurs intracrâniennes" — *Masson & Cie.*, Paris, 1956.
- 21 — **Hécaen, H., Ajuriaguerra, J., Angelergues** — "Troubles mentaux aux traumatismes crâniens" — *Enciclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, 1957, 37520 A 10.
- 22 — **Kalinowsky, L., Hoch, P.** — "Tratamientos por Choque, Psicocirugía y otros Tratamientos Somáticos en Psiquiatria" — *Edición Española*, 1952.
- 23 — **Lopez, M.** — "Psiquiatria" — *Llibreria El Ateneo*, Buenos Ayres, 1954, vol. II.

- 24 — **Marques, A.** — Contraindicações circulatórias da Convulsoterapia nas Síndromes Psiquiátricas" — Rev. Médica Brasileira, janeiro .. 1954.
- 25 — **Massermann, J.** — "The Practice of Dinamic Psychiatry" — W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, 1955.
- 26 — **Moore, E., Merritt, H., Masselink, J.** — "The Neurologic and Psychiatric Aspects of the Disorder of Aging" — Williams & Wilkins, Baltimore, 1956.
- 27 — **Noyes and Kolb** — "Modern Clinical Psychiatry" — W. B. Saunders Co., 5.^a edição.
- 28 — **Pearson, J. e col. Bigelow, N. e col.** — "Psychoses with Huntington's Chorea" — American Handbook of Psychiatry-Basic Books, Inc Publishers, N. York, 1959, vol. II.
- 29 — **Pons, P.** — "Patologia y Clínica Médica" — Salvat Edit. S. A., Barcelona, 1960, vol. IV.
- 30 — **Sjöngren, H.** — "Neuro Psychiatric Studies in Pré-senile and Senile Diseases, Based on a Material of 1000 Cases" — Acta Psych. et Neurológica, Supplementum 106, 1956, pág. 12.
- 31 — **Sterker, H. E.** — "Manual de Psiquiatria Moderna" — Ed. Hormé, Argentina, 1960, trad. R. Alcalde.
- 32 — **Ulett, G., Goodrich, W.** — "A Synopsis of Contemporary Psychiatry" — The C. V. Mosby Co., S. Louis, 1960.